



## **WELL CHILD EXAM - INFANCY: 2 MONTHS**

(Meets EPSDT Guidelines)

DATE

ການກວດສອບ - ໄວດັກຂັ້ນຕົ້ນ: 2 ເດືອນ

ການກວດສອບ - ໄວດັກຂັ້ນຕົ້ນ: 2 ດີເອນ					
ໝາຍເປົ້າຜູ້ປະກອນເຮົາສານ ກົມວັນເຊື່ອງຈາກ	ຊື່ດັກ	ນໍາເຂົ້າມາໄດ້ຍ:	ວັນເກີດ		
	ອາການຜິດ	ປາທີໃຊ້ຊັ້ນຢູ່ໃນປະຈຸບັນ			
	ອາການເຈັບເປັນ/ອຸປະຕິຫຼດ/ບັນຫາ/ສຶກກົງວິນ ນັບແຕ່ນໍາເຫຼືອສຸດທ້າຍ		ມັນຂ້າພະເຈົາມີຄໍາຖາມກ່ຽວກັບເຮື່ອງ:		
	ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/> ເດັກຂອງຂ້ອຍນອນດີ. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ເດັກຂອງຂ້ອຍກິນ, ຖຸດດີ. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ເດັກນ້ອຍຂອງຂ້ອຍສາມາດເຫັນ ແລະ ໄດ້ຍິນ. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ຂ້ອຍກົງວິນທີ່ຂ້ອຍມີອາການເສົາເລື້ອຍໆ.				
WEIGHT KG./OZ. PERCENTILE	HEIGHT CM/IN. PERCENTILE	HEAD CIR. PERCENTILE	Diet _____		
<input type="checkbox"/> Review of systems	<input type="checkbox"/> Review of family history	Elimination _____			
Screening:		N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>		
Hearing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Vision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Development: Circle area of concern					
Adaptive/Cognitive	Language/Communication				
Gross Motor	Social/Emotional				
Fine Motor					
Behavior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Mental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Physical:	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	
General appearance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lungs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Head/Fontanelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiovascular/Pulses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eyes/Red Reflex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ears	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genitalia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oropharynx	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extremities/Hips	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurologic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nodes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Describe abnormal findings and comments:					
					IMMUNIZATIONS GIVEN
					REFERRALS
NEXT VISIT: 4 MONTHS OF AGE			HEALTH PROVIDER NAME		
HEALTH PROVIDER SIGNATURE			HEALTH PROVIDER ADDRESS		

## **Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Infancy (2 months)**

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions. They are not comprehensive guidelines.

### **Hearing Screen**

Screen infants with these risk factors:

- Family history of childhood hearing impairment.
- History of congenital prenatal infection with herpes, syphilis, rubella, cytomegalovirus or toxoplasmosis.
- Malformations involving the head or neck (e.g., dysmorphic and syndrome abnormalities, cleft palate, abnormal pinna).
- Birth weight below 1500 grams.
- Bacterial meningitis.
- Hyperbilirubinemia requiring exchange transfusion.
- Severe prenatal asphyxia exchange transfusion.
- Severe prenatal asphyxia (Apgar scores of 0-3, absence of spontaneous respirations for 10 minutes or hypotonia at 2 hours of age).
- Parents concerned about infant's hearing.

### **Developmental Milestones**

Always ask about and follow-up on parent concerns about development or behavior. You may use the following screening list, or the Denver II, or the ELMS2 (a language screen).

Yes      No

- Vocalizes.
- Smiles responsively.
- Follows to mid line.
- Responds to sounds.

**Instructions for developmental milestones:** At least 90% of infants should achieve the underlined milestones by this age. If you have checked "no" on any two items or on even one of the underlined items, refer the infant for a formal developmental assessment.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention. **Parents and providers may call Healthy Mothers, Healthy Babies (1-800-322-2588) with questions or concerns on childhood development.**



## ການກວດດັກໃຫ້ນີ້ສູຂພາບດີ - ແອນໜອຍ: 2 ເດືອນ WELL CHILD EXAM - INFANCY: 2 MONTHS (ເຮັດຕາມຄໍາອັນນຳ EPSDT)

ວັນທີ

## ການກວດສອບ – ໄວດັກຂັ້ນຕົນ: 2 ດີອນ

ການກວດສອບ - ໄວດັກບັນຕົ້ນ: 2 ເດືອນ						
<p>ຝ່າຍເປັນຜູ້ປະກອບຮອງສານ ກຽວກັບແລ້ວງຈາກ</p>	ຊື່ເດັກ		ນາມເຂົ້າມາໄດ້ຍ:		ວັນເກີດ	
	ອາການຜິດ			ຢາທີໃຊ້ຢູ່ໃນປະຈຸບັນ		
	ອາການເຈັບເປັນ/ອຸປະຕິຫຼດຂັ້ນຫາ/ສຶກກັງວິນ ນັບຜຕ່າມເທື່ອສຸດທ້າຍ			ມັນຂ້າພະເຈົ້າມີຄໍາຖາມກ່ຽວກັບເຮື່ອງ:		
	ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/> ເດັກຂອງຂ້ອຍນອນດີ.		ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/> ເດັກຂອງຂ້ອຍເຮັດສຽງມ່ວນ.			
	ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/> ເດັກຂອງຂ້ອຍກິນ, ດຸດດີ.		ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/> ເດັກຂອງຂ້ອຍບົກທົວຂອງລາວ (ຊາບ/ຍິງ) ເວລານອນວັນ.			
	ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/> ເດັກນັບຂອງຂ້ອຍສາມາດເຫັນ ແລະ ໄດຍິນ. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ຂ້ອຍກັງວິນທີ່ຂ້ອຍມີອາການເສົ້າເລື້ອຍໆ.					
	ນັ້ນໜັກ KG/OZ. ຕໍ່ຮ້ອຍ	ສົງ CM/IN. ຕໍ່ຮ້ອຍ	ຂນາດຂອງຫົວ ຕໍ່ຮ້ອຍ	ອາຫານ _____		
<input type="checkbox"/> ການທົບທວນເບື້ງລະບົບ <input type="checkbox"/> ການທົບທວນເບື້ງປະວັດຄອບຄົວ		ການຖ່າຍ _____				
ການກວດ: ພົກກະຕິ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/> ພົກກະຕິ		ການສຶກສາສຸພາບ: (ໝາຍທຸກປ່າງທີ່ໄດ້ປົກສາກັນ/ເອົາໃບຂ່າວຂໍ້ມູນຕ່າງໆໃຫ້)				
ການກວດໜູ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> ການຈາງຜູນຄອບຄົວ <input type="checkbox"/> ຄວາມປອດໄພ <input type="checkbox"/> ນອນຫາງຍ້າຂັ້ນ				
ການກວດຕາ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> ການຕັບໃຕ <input type="checkbox"/> ຕຽງນອນທີ່ປອດໄພ <input type="checkbox"/> ໄຣກເດັກສິ່ນ				
ການຕີປິຕະ: ຂີດລ້ອມໝາຍເອົາງຸາທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ		<input type="checkbox"/> ເຄື່ອງຜູກນັດແອນ້ອຍ <input type="checkbox"/> ການບັນຍາຫານ/ອາການເຈັບຫ້ອງງຸກ <input type="checkbox"/> ເປັນເຂົ້າ				
ການປັບຕົວ/ ຄວາມຮູ້ຄວາມເຂົ້າໃຈ ພາສາການສື່ສານ		<input type="checkbox"/> ສູບປາບໍ່ຈັງຈັງ <input type="checkbox"/> ກິນນິນຟ່າງງຽນອນ <input type="checkbox"/> ການລັງເດັກ				
ການເຫັນມີການ <input type="checkbox"/> ສັງຄົມ/ອາຄົມ		<input type="checkbox"/> ໃບານັ້ງອິດທີ່ເໝາະສົມ <input type="checkbox"/> ຄວາມກິດດັນຈິດໃຈຕອນທີ່ພາ				
ການໃຊ້ສາຍຕາ-ມີ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> ອື່ນໆ: _____				
ສຸຂພາບຈິດ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____		ການປະເມີນ/ແຜນການ: _____				
ການປະົິດ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____		_____				
ຮ່າງກາຍ: ພົກກະຕິ <input type="checkbox"/> ບໍ່ <input type="checkbox"/> ພົກກະຕິ		_____				
ທັສນະທົວໄປ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ປອດ		_____				
ຜົວໜ່ງ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ຫ້າອີກ		_____				
ຫົວ/ກະມັນຂອ່ອນ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ລະບົບຫົວໃຈ/ກັບຈອນ		_____				
ຕາ/ສະຫຼອນສື່ແດງ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ຫ້ອງນ້ອບ		_____				
ໜູ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ອະໄວຍະວະນິນິ້ນັ້ນ		_____				
ດັງ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ກະດຸກສັນໜ້າ		_____				
ປາກຄໍ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ຕິນນິ/ກະໄພກທັງສອງ		_____				
ຄໍ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ສ່ວນປະສາດສະໜອງ		_____				
ວິກຫົວ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____		_____				
ອະທິບາຍສິ່ງທີ່ພິບວ່າບໍ່ປົກກະຕິ ແລະ ຄວາມເຫັນຕ່າງໆ:						
_____						
_____						
_____						
_____						
_____						
_____						
ການສັກປາປ້ອງກັນທີ່ໃຫ້						
ການສົ່ງຕໍ່						
ຂໍ້ຜູ້ເປັນປົວສຸພາບ						
ລາຍເຊັນຜູ້ໃຫ້ການເປັນປົວສຸພາບ						
ບໍ່ອ່ນປູ້ຜູ້ເປັນປົວສຸພາບ						

## ສູຂພາບດັກຂອງທ່ານມີເອົາໄດ້ 2 ເດືອນ

### ປາກົດການຊີວິດ

ວິທີການພັດທະນາການຂອງດັກນ້ອຍຂອງທ່ານ  
ລະຫວ່າງອາຍ 2 ແລະ 4 ເດືອນ.

ບົກທົວ ແລະ ບໍ່ໄຫລຂຶ້ນເວລານອນຫັນ.

ບັນເວລາທ່ານເວົ້ານໍາລາວ (ຍິງ).

ຮັດສຽງຄືກັນກັບສຽງທີ່ທ່ານຮັດໃສ່ລາວ (ອາຍ) ("ອາອາອາ"  
"ອືອືອື")

ນັກເລື່ອງຫຼັນທີ່ມີສຽງ, ເຊັ່ນສຽງດັງ ກອກແກ້ກັກ, ສຽງດັງ  
ອາດງອິດໆ.

ຈັບມື ແລະ ຕິນຂອງລາວ (ຍິງ) ເອງ.

ພະຍານາມຖືຂອງຫຼັນນ້ອຍດັວຍມີຂອງລາວເອງ.

ທ່ານສາມາດຊ່ວຍດັກນ້ອຍຂອງທ່ານຮຽນຮັວງຊາໃໝ່  
ໄດຍການຫຼັນກັບລາວ (ຍິງ).

ສໍາລັບການຊ່ວຍເຫຼືອ ຫີ້ ຂໍ້ມູນເປີ່ມຕົມ

ສູຂພາບດັກ ແລະ ການພັດທະນາ, ການສັກປາກັນ:  
ຂໍ້ມູນແນ່ມີສູຂພາບສິນບຸນ, ດັກທີ່ສິນບຸນ ແລະ ສາບການສິ່ງ  
ຕໍ່ໄປ. 1-800-322-2588 (ສຽງ) ຫີ້ 1-800-833-6388  
(ສາບຄົນເສັ້ນອິງຄະ TTY).

ສິ່ງລູກດັວຍນິມແນ່ວລາກັບໄປຮັດວຽກ: ຂໍ້ມູນ ແລະ  
ສາບສິ່ງຕໍ່ແນ່ສິນບຸນ, ດັກສິນບຸນ (ມີເລັກຢູ່ຂ້າງເທິງ)

ສໍາລັບການຊ່ວຍເຫຼືອ ຖ້າທ່ານຮັກສິກວິຕິກັງຈິນ  
ກັບດັກນ້ອຍຂອງທ່ານ: ສາບຊ່ວຍຄອບຄົວ 1-800-932-  
4673.

ທ້າທ່ານມີຄໍາຖາມກ່ຽວກັບສູຂພາບຂອງດັກນ້ອຍ  
ຂອງທ່ານເອງ: ເວົ້າກັບທ່ານໜີ ຫີ້ ພະຍານາຂອງ  
ດັກນ້ອຍຂອງທ່ານ.

ຄວາມຮູ້ການເປັນຝ໌ແນ່ ຫີ້ ການສນັບສມູນ: ສາບຊ່ວຍ  
ເຫຼືອຄອບຄົວ, 1-800-932-HOPE (4673) ແລ້ວຕ່າງໆ  
ດ້ານຄອບຄົວເອັດ ນຳແວສັ່ງ 1-888-746-9568 ທ້ອງຮຽນ  
ຕາມວິທະຍາໄລທ້ອງຖິ່ນ.

### ຄໍາແນະນຳດ້ານສູຂພາບ

ການກວດສູຂພາບ "ດັກຢູ່ດີ" ລ່ວຍໃຫ້ດັກນ້ອຍຂອງທ່ານສຸກສິນບຸນ.  
ພະຍານາມຢ່າພາດການກວດນີ້. ຖ້າທ່ານພາດ, ໃຫ້ໄທຮັດການ  
ນັດໝາຍອີກ.

ຮັກສາບັດປັດສັກປາຂອງດັກນ້ອຍຂອງທ່ານໄວ້ບ່ອນປອດໄພ ແລະ  
ເອົາໄປນໍາມາເວລາໄປກວດສູຂພາບທຸກເທື່ອ. ຖ້າທ່ານມີຄໍາຖາມກ່ຽວກັບການ  
ສັກປາກັນ, ໃຫ້ເວົ້ານໍາທ່ານໜີ ຫີ້ ພະຍານາຂອງດັກນ້ອຍຂອງທ່ານ.

ນິມແນ່ ຫີ້ ນັກມິນກໍເປັນທີ່ສຽງພໍຊື່ງດັກນ້ອຍອາບຸນ້ຕ້ອງການ  
ເຜື່ອຕີບໃຫຍ່ແລ້ວ. ດັກນ້ອຍຈະຕ້ອງການນ້ຳນັ້ນຫາປາກ. ໃຫ້ຫີກເວັ້ນ  
ການເອົານ້ຳໝາກໄມ້ໃຫ້ດັກນ້ອຍຂອງທ່ານໃນຊ່ວງອາບຸນ້. ເວລາລາວ  
(ຍິງ) ຫີ້ອາຫານ ຫີ້ ຫົວນ້ຳ, ລາວ (ຍິງ) ຕ້ອງການແນວບໍລູງຢູ່  
ນຳນິມແນ່ ຫີ້ ນ້ຳນິມ.

ທ່ານສາມາດສືບຕໍ່ລົງດັກດັວຍນິມແນ່ເວລາທ່ານກັບໄປຮັດວຽກ. ສໍາລັບ  
ຮາຍລະອຽດກ່ຽວກັບການລົງດັກດັວຍນິມແນ່ ແລະ ການຮັດວຽກ  
ໃຫ້ໄທຫາແນ່ສິນບຸນ, ດັກນ້ອຍສິນບຸນ.

ບາງທີ່ໂດຍດັກນ້ອຍຂອງທ່ານຈະຕ້ອງການກິນຫລາຍເຖີ່ງກວ່າເວລາອື່ນ.  
ນັ້ນໝາຍຄວາມວ່າລາວ (ຍິງ) ໃຫ້ປ່ໄວເຂັ້ນ.

ເອົາດັກນ້ອຍຂອງທ່ານໜີໄກຈາກຄົນສູບປາ. ຄວນປາຮັດໃຫ້ດັກໄຂ້ ຫວດ  
ແລະ ເປັນຫຼິດ.

ສືບຕໍ່ເອົາດັກນ້ອຍຂອງທ່ານນອນຫງາມ ເພື່ອຫຼຸດຄວາມສ່ຽງອາການ  
ຕາຍດັກນ້ອຍປ່າງກະທັນທັນ. ໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າຝ່າຍື້ຕົ້ນໆຢ່າງເອົ້າ  
ແລະ ຜູ້ໃຫ້ການລົງດູອື່ນໆເອົາລາວ (ອາຍ) ນອນຫງາມຄືກັນ

### ຄໍາແນະນຳການເປັນຝ໌ແນ່

ເວລາທ່ານຢູ່ນໍາດັກນ້ອຍຂອງທ່ານ, ໃຫ້ເວົ້ານໍາລາວ (ອາຍ) ຮ້ອງເງິງ  
ໃຫ້ລາວ (ອາຍ) ຜັງ, ແລະ ເບິງຕາລາວ (ອາຍ). ສຶງນີ້ຊ່ວຍໃຫ້ລາວ (ອາຍ)  
ຮູ້ວ່າທ່ານຮັກລາວ (ອາຍ). ມີຍິງຊ່ວຍໃຫ້ສົມອງຂອງລາວ (ອາຍ) ພັດນາ  
ອີກດ້ວຍ.

### ຄໍານໍາດ້ານການຄວາມປອດໄພ

ພ້ອງກັນດ້ານໄໝລວກ:

- ກວດເບິງໃຫ້ແນ່ໃຈວ່ານ້ຳອາບຸນພຽງແຕ່ອຸ່ນກ່ອນອາບຸນ້  
ໃຫ້ດັກນ້ອຍຂອງທ່ານ.
- ຫີກເວັ້ນການກິນກາຟ, ຊາ, ຫີ້ ເຄື່ອງດື່ນເອົ້າຫຼຸມລາວ (ຍິງ).
- ປ່າໃຫ້ລາວ (ຍິງ) ຖືກແດດ. ໄສ່ໝວກນິຂອບ ແລະ ເຄື່ອງນຸ່ງ  
ທີ່ປັກຄຸມແຂນ ແລະ ຂາຂອງລາວ (ຍິງ).